Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 4 Maja 1878. № 18. Rok XVII.

I. Spostrzeżenia kazuistyczne z klinik chirurgicznych w Warszawie i w Wiedniu.

Podał Dr. Rydygier,
Docent chirurgii w Jenie.

Zwiedzając podczas ostatniéj méj podróży naukowéj kliniki chirurgiczne w Warszawie i Wiedniu miałem sposobność obserwowania niejednego przypadku ciekawego, z czego poniżéj mam zamiar zdać sprawę. Rozumie się, że nie mając pod ręką dokładnych opisów klinicznych przebiegu choroby, a w kilku przypadkach nie mogąc nawet śledzić całego przebiegu w skutek wyjazdu z miejsca obserwacyi, nie będę mógł opisać każdy przypadek w najdrobniejszych jego szczególach; pomimo to spodziewam się, że żadnego ważniejszego szczegółu nie pominę i zdołam szan. Kolegom podać wiązankę ciekawych i rzadkich przypadków chirurgicznych.

Do Warszawy udałem się w celu badania niektórych ciekawych kwestyj wojenno-chirurgicznych. Nie znalazłem niestety odpowiedniego ku temu materyjału, ani téż nie tak łatwy tam był przystęp, jakby się tego można spodziewać. Tém wdzięczniejszy byłem prof. Kosińskiemu, że pozwolił mi bywać na swojéj klinice, która pod przewodnictwem tak światłego i biegłego chirurga równa się wszelkim zagranicznym tego rodzaju zakładom, pomimo, że sale służące do pomieszczenia téj kliniki bynajmniéj nie mogą uchodzić za odpowiednie. Ztąd téż pochodzi, że pomimo nadzwyczajnéj troskliwości tak prof. Kosińskiego, jako i jego asystentów stosunkowo wiele przypadków róży i innych chorób przyrannych się zdarza.

Przypominam sobie żywo jeszcze dziś przypadek odjęcia przedudzia w górnéj ⅓ części, który zakończył się śmiertelnie w skutek ropnicy. Przypadek ten jeszcze i z téj przyczyny jest nader ciekawy, że przedstawiał tak olbrzymie wygórowaną słoniowacinę, jaką mi się rzadko zdarzyło widzieć: stopa ogromnie zgrubiała, paznokci zaledwie było widać ślady. Twardą nadzwyczaj skórę przedzielały głębokie szczeliny na wysepki wieloboczne o powierzchni zupełnie do brodawek podobnéj. Żyły przedudzia i uda były znacznie rozszerzone. To właśnie obok innych sprzyjających okolicznościach zewnętrznych może nie mało przyczyniło się do wybuchu choroby śmiertelnéj. Chciałbym zwrócić uwagę Kolegów porzucających podwiązywanie tętnicy udowéj w celu uleczenia słoniowaciny jako zbyt niebezpieczną, a nieraz bezskuteczną operacyję, na ten przypadek dowodzący, że oceniając oba sposoby operowania co do ich niebezpieczeństwa, nie powinniśmy opierać się na zwykłéj statystyce śmiertelności po odjęciu odnogi w przedudziu, gdyż rokowanie przy odjęciu z powodu słoniowaciny jest znacznie gorsze z przyczyny wyżéj namienionéj. W opisanym przypadku nie można było nawet pomyśleć o podwiązaniu, gdyż zmiany były zbyt znaczne.

Oprócz wielu innych ciekawych przypadków, których już niemam w pamięci może dla tego, że prof. Kosiński był zmuszony roztrząsać je w języku rosyjskim, dla mnie niezrozumiałym, widziałem przypadek kamienia moczowego o tyle zajmujący, że tyczył się młodego chłopczyka i zakończył się wyleczeniem w 3 tygodniach blisko, pomimo że kamień był dość znaczny.

Ambulatoryjum było nader liczne i obfite w przypadki tak zastarzałe, jak rzadko gdzieindziéj je natrafić można. Uboga klasa żydowska nie celująca w Warszawie czystością ani dbałością o swe zdrowie dostarczała przeważnéj części zajmującego tego materyjału.

Z klinik chirurgicznych we Wiedniu poznałem bliżéj tylko klinikę Billrotha. Rany w jego klinice opatrują w ostatnim czasie znowu ściśle podług Listra. Billroth wrócił do tego sposobu przekonawszy się po dłuższych próbach z innemi oprawami, że żadna nie jest w stanie zastąpić zupełnie Listrowéj; ani nawet oprawa tymolem, nie dawno temu tak gorąco z kliniki Volkmanna przez Rankego [1]) zalecana,

[1]) Ranke, *Ueber das Thymol und seine Benützung bei der antiseptischen Behandlung der Wunden. Sammlung klin. Vorträge von Rich.* Volkmann Nr. 128. Porówn. Przegl. Lek. 1878.

nie zdołała sobie zjednać uznania Billrotha. Robił on z nią doświadczenia już w przeszłym roku i pokazało się, że z początku w całym szeregu przypadków przebieg pooperacyjny był zupełnie podobny do przebiegu zwykle pod oprawą Listrową spostrzeganego, aż później naraz kilka przypadków źle się zakończyło, tak że ostatecznie Billroth i ten sposób porzucił i jak się już rzekło do oprawy ściśle Listrowéj wrócił. Nawiasem namieniam, że i to co tu w niedawno przedsięwziętych doświadczeniach widziałem, również wcale na korzyść oprawy tymolem nie przemawia: w kilku tych przypadkach ropienie nastąpiło dość obfite, a wtenczas zapach przyjemniejszy tymolu, niż kwasu karbolowego, tyle przez Rankego wychwalany, okazał się bardzo niemiłym.

Wracam do kliniki Billrotha i do opisu szczególnych tam spostrzeganych przypadków:

Przypadek 1. Przepuklina uwięzgniona. Pętla uwięzgniona koloru brudno-czarnego napełniona była cuchnącym płynem. Dla tego wycięto ją zupełnie. Pomimo tego kał się nie wydzielał, aż dopiero po wprowadzeniu grubego cewnika elastycznego. Chora już podczas operacyi bardzo sina i charcząca umiera w 3 godziny po operacyi. Badanie zwłok pośmiertne wykazało przewrotne położenie trzew (*situs inversus*), a nadto okrężnica (*colon*) leżała tuż poprzecznie po nad uwięzgnioną pętlą. Z téj to przyczyny prawdopodobnie kał po wycięciu pętli z niéj nie mógł się wydobyć.

Przypadek 2. Całkowite wycięcie języka tuż przed nagłośnią sposobem Langenbecka celem usunięcia raka: cięcie boczne w poprzek szczęki dolnéj, którą następnie przepiłowano i rozłożono. Po 10 dniach widziałem chorego dość dobrze wyglądającego i dopraszającego się o pozwolenie do wstania z łóżka. Odczyn pooperacyjny był w ogóle bardzo nieznaczny.

Przypadek 3. Kolano koślawe (*genu valgum*) operowane dawniéj za pomocą osteotomii. Wynik operacyi na lewéj odnodze był dobry; na prawéj wystąpiło ropienie i odnoga pozostała koślawą. Billroth postanowił nałamaniem kostniny wyprostować odnogę. Podczas operacyi usłyszeliśmy trzeszczenie i odnoga się wyprostowała. Pytanie tylko, czy trzeszczenie pochodziło od złamania kości w miejscu kostniny, czy też w kolanie. Odnogę wyprostowaną włożono w oprawę gipsową. Zajmujący był przebieg dalszy: Następnego dnia wynosiła gorączka 40° C., 3go dnia była skóra zabarwiona jak w żółtaczce, 4go dnia w nocy wystąpiło krwioplucie trwające aż do 9go dnia. Zresztą chory dobrze się miewa. Zjawiska powyżéj wymienione tłumaczył sobie Billroth zatorami tłuszczowemi we wątrobie i płucach.

Przypadek 4. Ostre zropienie stawu kolanowego po wyskrobaniu gniazda zapalnego (*osteomyelitischer Heerd*) w szpiku prawéj kości goleniowéj u dziewczyny 18-letniéj. Rany prowadzące do wyżéj wspomnianego gniazda jeszcze otwarte. Billroth nakłół staw kolanowy od wewnętrznéj strony, wypuścił ropę, a następnie wypłókał dokładnie staw 5% roztworem kwasu karbolowego ugniatając okolicę stawową podczas gdy staw był napełniony powyższym roztworem i wykonywając równocześnie w stawie poruszenia bierne. Podczas tych rękoczynów wystąpiło nieznaczne krwawienie ze starych przetok sięgających do stawu. Chora jeszcze na stole operacyjnym przebudziła się z uśpienia i przeniesioną została na salę. Krótko potém widzieliśmy chorą zupełnie bezprzytomną: występuje sinica i nieznaczne drgawki mięśni; ciepłota obniża się do 35° C. i w przeciągu 5 godzin chora już nie żyje.

Zachodzi pytanie, w skutek czego chora umarła? Przed badaniem zwłok nie tak łatwo było na to pytanie odpowiedzieć, a i Billroth wahał się przez dłuższy czas. Najprzód sądził, że śmierć nastąpiła w skutek przeciągłego działania chloroformu, co już nieraz inni spostrzegali, a i sam Billroth jeden przypadek tego rodzaju widział, gdzie chory dopiéro po 12 godzinach się przebudził, a po 30 jeszcze nie pewno tylko osoby otaczające poznawał. Chora nasza atoli już na stole operacyjnym się przebudziła, a dopiéro późniéj przytomność utraciła, więc można było wykluczyć śmierć w skutek chloroformu. Nasuwała się także myśl o zatorach tłuszczowych, zwłaszcza, że nie dawno temu podobny przypadek (3 przypadek wyżéj opisany) widzieliśmy. Również można było przypuszczać zator tętnic płucnych. Mógł był bowiem dawniéj, kiedy odnogę po wyprostowaniu włożono w oprawę gipsową, powstać zaskrzep w żyle podkolanowéj (*v. poplitea*) a teraz podczas ugniatania stawu się oderwać i dostawszy się tak do obiegu krwi zatór tętnic płucnych wywołać.

O otruciu kwasem karbolowym najmniéj myślał, gdyż jeszcze nigdy nie widział, żeby po 5 godzinach śmierć w skutek otrucia karbolowego nastąpiła. Zwykle występowały w podobnych razach dopiero po 12 — 24 godzinach pierwsze objawy otrucia. A nadto zalecał Volkmann i Schede nakłócie z następném wypłókaniem stawu, jako tak błogo działający i zupełnie łagodny środek, który bardzo często stosując nigdy żadnych niebezpiecznych przypadków nie spostrzegali, że rzeczywiście trudno przypuścić było, żeby naraz śmierć za sobą mógł pociągnąć. Pomimo to badanie pośmiertne wykazało na pewno, że śmierć rzeczywiście w skutek otrucia kwasem karbolowym nastąpiła: Barwa mięśni dolnéj $^1/_3$ części uda była brudno-białawą. Skóra, wątroba i jelita jakby wygarbowane, w mózgu znaleziono kwas karbolowy, również i mocz badany pośmiertnie oddziaływał wyraźnie na kwas karbolowy.

Przypadek ten zasługuje ze wszech miar na naszą uwagę, bo prawdopodobnie jest pierwszym w swoim rodzaju. Przypuścić bowiem musimy na pewno, że ani Volkmann ani Schede nigdy podobnego zejścia nie widzieli, gdyż byliby z pewnością je ogłosili i przed niebezpieczeństwem ostrzegali.

Prawdopodobnie przyczyniło się znaczne zropienie i zniszczenie błony stawo-maźnéj do tak szybkiego otrucia. Ugniataniem stawu i poruszaniem odnogi wtłoczono z pewnością nie małą ilość kwasu karbolowego w mięśnie, czego dowodziła ich zmieniona barwa, a może nawet wprost do obiegu krwi, gdyż jak to na początku namieniłem, podczas rękoczynu przetoki cokolwiek krwawiły.

Przypadek ten w każdym razie posłuży na przestrogę i pobudzi nas do większéj ostrożności. Może na przyszłość nakłócie z następném wymyciem stawu ograniczymy do tych przypadków, gdzie będziemy przekonani o całości błony stawo-maźnéj; w innych razach zaś zalecałoby się może bardziéj szerokie nacięcie stawu z następném wymyciem. Postępując tym sposobem zapobieżemy wygórowanemu uciskowi na kwas karbolowy znajdujący się w stawie, a tém samém zmniejszymy niebezpieczeństwo wessania i otrucia.

Przy téj sposobności namieniam, że uderzyło mnie nadzwyczaj częste i prędkie występowanie moczu karbolowego w klinice Billrotha. Jako przykład najjaskrawszy przytaczam: Kobieta cierpi na owrzodzenie dolnéj szczęki podokostne.

Billroth przeciął wrzód, wymyto jamę kwasem karbolowym i założono oprawę Listrową. Poprzednio nie używano u téj choréj wcale kwasu karbolowego, a następnego dnia mocz był ciemno zabarwiony.

Daléj: Dziecko 5 lat liczące cierpiało na zapalenie stawu kolanowego z następném zropieniem. Staw częściowo Billroth wypiłował. Operacyję wykonał bez mgły (Spray), tylko po operacyi wypłókano staw, a następnego dnia okazywał mocz wyraźnie ciemne zabarwienie. Przypadek jeszcze i ztąd zajmujący, że przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy i rany zagoiły się prawie per primam.

Z zajęciem wielkiém przypatrywałem się 2 operacyjom wycięcia zwyrodniałych jajników (*ovariotomia*), 106 i 107 przypadek Billrotha. Wykonywa on operacyję tę bez spray twierdząc, że to niepotrzebnie drażni trzewa. Niewiem ile w tém słuszności; inni operatorowie używają sprayu i nie skarżą się na jakiekolwiek nieprzyjemne skutki. Daléj kładzie Billroth wielką wagę na to, żeby operacyję wykonywać w pokoju bardzo ciepłym (około 22° R.), chcąc tym sposobem zapobiedz zbytniemu ochłodzeniu, mianowicie trzewom tak wielce szkodliwemu. Zresztą stara się równie jak inni operatorowie o nadzwyczajną czystość niedopuszczając np. nikogo do sali operacyjnéj, ktoby tego dnia był odwiedzał chorych.

W 1 przypadku była szypułka tylko jak pół palca małego gruba; zrosty były nieliczne i łatwo je można było oddzielić bez znaczniejszego krwawienia. Uderzyło nas podczas operacyi, że szypułka około swéj osi była okręcona tak, że prawdopodobnie naczynia idące przez nią już nie odżywiały torbiela, tylko naczynia przechodzące przez zrosty. Okręcenie musiało naturalnie prędzéj nastąpić, niż zrosty boczne. Stosunek ten dowodzi, że mogą zdarzyć się przypadki samodzielnego wyleczenia: torbiel bowiem należycie nie odżywiany czasem nie tylko daléj się nie rozrasta, ale się zmniejsza. Braun widział raz prawdopodobnie tak powstały wolny guz w jamie brzusznéj u młodéj kobiety, która późniéj nawet jeszcze dwoje dzieci porodziła.

Kiedy po kilku dniach chorą ostatni raz widziałem, miała się dobrze, szwy już wyjęto. Wyjątkowo w tym przypadku Billroth zatopił szypułkę z przyczyny, że była bardzo cienką; zwykle używa klamry.

W drugim przypadku była operacyja znacznie trudniejszą. Chora 45 lat licząca była zresztą dość czerstwą i dobréj tuszy. Badając wewnętrznie można było tylko z trudnością dostać się do części pochwowéj tuż po za kością łonową się znajdującéj. Guz wypełniał jamę Douglasa. Po przecięciu ścian brzusznych okazała się macica przylegająca tuż do wewnętrznéj ich strony w środku. Operacyję z tego powodu już nie łatwą utrudniało jeszcze i to, że trzeba było cały guz z więzadeł szerokich wyłuszczać, z któremi go łączyły znaczne zrosty. Guz oczywiście początkowo rósł ku jamie Douglasa, a wypełniwszy ją dopiéro zaczął rosnąć ku górze pociągając za sobą macicę. Dwa małe włókniaki znajdujące się na powierzchni macicy nie oddalił Billroth, nie chcąc i tak już powikłanéj operacyi jeszcze bardziéj komplikować. Szypułkę przymocował klamrą w dolnym kącie rany i założył tamże 2 sączki.

Na zakończenie podam jeszcze w kilku słowach przypadek, w którym Billroth użył nowego sposobu wycięcia nerwu szczękowego dolnego. Przypadek ten tyczył się kobiety w podeszłym wieku. Od dłuższego już czasu cierpiała na napady neuralgiczne w obwodzie nerwu szczękowego dolnego. Już raz usunął je Billroth wycięciem kawałka nerwu po wystąpieniu jego z dziury bródkowéj (*for. mentale*). Jak zwykle tak i tu powróciły napady i chora usilnie o powtórną operacyję prosiła. Drugą operacyję stanowiło dotychczas wycięcie kawałka nerwu przed wstąpieniem do kanału dolno-szczękowego. Doświadczenie uczy, że każda taka operacyja zwykle tylko na pewien czas (1 do 5 lat) usuwa napady zupełnie, a wtenczas pozostaje tylko jeszcze podwiązanie tętnicy szyjowéj. Wprawdzie późniejsze napady bywają często łagodniejszemi, tak, że chorzy poprzestają nieraz na morfinie nie żądając nowéj operacyi. Pomimo tego przyzna każdy, że pożądaną nader rzeczą byłoby wynaleść sposób, którýby opóźnił ostateczność podwiązania tętnicy szyjowéj. Tą myślą się powodując postanowił Billroth wyciąć kawałek nerwu śród jego przebiegu w kanale dolno-szczękowym; mielibyśmy wtenczas przed podwiązaniem tętnicy szyjowéj 3 operacyje do dyspozycyi. Rzut oka na dolną szczękę osób podeszłego wieku przekona nas, że bardzo łatwo z góry dłutem otworzyć kanał dolno-szczękowy, cała szczęka bowiem jest znacznie węższa. Ponieważ zaś napady neuralgiczne zwykle u osób w podeszłym wieku się zdarzają, spodziewał się Billroth, że operacyję będzie można wykonać z jamy ustnéj bez zranienia zewnętrznego. Przekonał się o tém kilka razy na trupie a w naszym przypadku uskutecznił po raz pierwszy na żywym tę operacyję. W piérwszych dniach po operacyi wystąpiły jeszcze kilka razy napady chociaż słabsze; późniéj zupełnie ustały i chora wyleczona opuściła zakład.

II. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jej operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. **Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

Innėm zboczeniem od prawidłowego przebiegu operacyi, które pod względem swojéj szkodliwości pierwsze po upływie ciałka szklanego zajmuje miejsce, jest wprowadzanie jakichkolwiek narzędzi w celu wyciągnięcia zaćmy. Swobodne i lekkie wystąpienie całéj o ile można na raz zaćmy (przy stósownym ucisku wywieranym na rogówkę) bez ugniecenia przewodu i brzegów rany, jak stanowi jeden z ważnych warunków pożądanego przebiegu sprawy gojenia, a ostatecznie i pomyślnego wypadku operacyi, tak też wymaga wielkiéj wprawy, uwagi i przytomności umysłu ze strony operatora. Do takiego wypierania zaćmy z oka używam za wzorem Arlta łyżeczki Daviela znajdując to narzędzie bardzo ku temu sposobném, a stósowniejszém od podanéj i używanéj w tym celu przez Graefego łyżeczki kauczukowéj. Jeżeli zajdzie potrzeba równoczesnego ugniatania brzegu ranki twardówkowego, uskutecznia takowe asystent łyżeczką metalową Graefego. Wprowadzania narzędzi wyciągających wystrzegam się zasadniczo ze względu na nieuniknione mniéj więcéj znaczne pomnożenie i powikłanie urazu operacyjnego, a uciekam się do téj ostateczności tylko w razie nieodzownéj konieczności, w pierwszym zaś rzędzie w razie poprzedniego upływu ciałka szklanego. Do téj ostateczności widziałem się zmuszonym 21 razy (w 6·50% wszystkich operacyj). Troje z tych ócz (a więc 14·28%) straciło wzrok bezpowrotnie a u

dwojga z nich zmusił mnie do wyciągnięcia soczewki poprzedni upływ ciałka szklanego. Liczby te przemawiają wyraźnie.

Jeżeli już zmusi mnie konieczność do wyciągnięcia zaćmy, używam do tego od r. 1874 pętli Webera jako narzędzia mniéj obrażającego od wszelkich łyżeczek a przecież ze wszechmiar odpowiedniego.

Po wyjściu głównéj masy zaćmy dokładam wszelkich starań, aby źrenicę oczyścić jak można najdokładniéj ze szczątków, jeżeli w oku pozostały, a czynię to suwaniem brzegów powiek wywierając niemi lekki ucisk na rogówkę. Jeżeli mimo całéj usilności nie powiedzie się w ten sposób oczyścić źrenicy dokładnie, wolę na podstawie własnego doświadczenia, wybierając z dwojga złego mniejsze pozostawić drobne, a nawet nieco znaczniejsze szczątki, licząc na ich spokojne wessanie, aniżeli drażnić oko wprowadzaniem po nie jakichbądź narzędzi. To też w pięciu przypadkach wszystkiego wyciągałem znaczniejsze okruchy zaćmy łyżeczką Daviela lub Critchetta. Prócz 14 przypadków zaćmy przejrzałéj z równoczesném zaćmieniem torebki, w których się udało wyciągnąć haczykiem w trzeciéj chwili operacyi soczewkę razem z całą nienaruszoną torebką, oczyszczoną została źrenica zupełnie jeszcze 222, a więc razem w 236 oczach (73·98%); w 69 zaś pozostały drobne, w 11 znaczniejsze szczątki (razem 25·08%). Nie myślę wcale taić wreszcie, że najsmutniejszy, a na szczęście rzadki przypadek, jaki przy wydobywaniu zaćmy zajść może, tj. niemożność wydalenia całéj zaćmy albo przynajmniéj jéj jądra wydarzył się 3 razy (0·94%); mnie samemu dwa razy, a raz mojemu asystentowi Drowi Wurstowi podczas mojéj choroby. We wszystkich trzech przypadkach zaćma była przejrzałą, w jednym który ja sam operowałem, z rozpływem kory (zaćma Morgagniego), w drugim z zaćmieniem torebki. W pierwszym z nich u izraelity 62 letniego, operowanego w roku 1872, po wypuszczeniu z oka kory płynnéj wyśliznęło się gładkie i zmalałe jądro pod naciskiem łyżeczki Daviela ku górze i zniknęło tak szybko i bez śladu po za twardówkowym brzegiem rany, że o wydobywaniu go z tamtąd oczywiście ani myśleć można było. Mimo to przebieg po operacyi był najzupełniéj prawidłowy, a operowany opuścił klinikę siedemnastego dnia po operacyi z S $^{20}/_{50}$. W rok blizko późniéj miałem sposobność przekonać się, że ten wynik operacyi utrzymywał się w zupełności. Podobny do tego przypadek również z pomyślném zakończeniem przytacza Heymann *(Ophthalmologisches aus dem Jahre 1868, von Dr. Heymann)*. W drugim przypadku operowanym w r. 1873 jakoteż i w przypadku Dra Wursta z roku 1877 rozwinęło się ropne zapalenie całéj gałki ocznéj.

Oprócz tych zboczeń wydarzył się jeszcze w 10 przypadkach znaczniejszy krwotok do komórki przodkowéj, a w dwóch musiałem rankę za małą powiększyć cokolwiek za pomocą nożyczek. Te zboczenia uszły we wszystkich przypadkach bezkarnie.

Przebieg po operacyi.

Przebieg sprawy gojenia jest jednym z najważniejszych czynników ostatecznego wypadku, ale sam zawisł od różnych okoliczności, a głównie i przedewszystkiém od wykonania saméj operacyi. W ogólności odbyła się sprawa gojenia w 217 oczach (68·03%) zupełnie prawidłowo; w 102 oczach (31·97%) zaś zaszły mniéj lub więcéj ważne zboczenia od prawidłowego przebiegu. Uwzględniając wykonanie operacyi okazuje się, że po 269 operacyjach prawidłowych była sprawa gojenia zdrożną 77 razy czyli w 28·62%; po 50 zaś operacyjach wadliwych 25 razy tj. w 50%.

Jeżeli już te liczby dowodzą ważności wpływu operacyi na sprawę gojenia, to doniosłość jego okazuje się nierównie jawniéj, gdy wchodząc w szczegóły uwzględni się z jednéj strony rodzaj przygód przy operacyi, z drugiéj strony rodzaj zboczeń w przebiegu sprawy gojenia.

Zboczenia te były:

Rodzaj zboczeń	Operac. praw.	Operac. wadliwa	Razem
Krwotok do komórki przodkowéj	30 11·15%	4 8%	34 10·65%
Krwotok do ciałka szklanego	1 0·37%	1 2%	2 0·63%
Lekkie zapalenie tęczówki	31 11·52%	7 14%	38 11·91%
Ciężkie zapalenie tęczówki	4 1·49%	6 12%	10 3·13%
Zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego	7 2·60%	3 6%	10 3·13%
Zapalenie całéj gałki ocznéj	4 1·49%	4 8%	8 2·51%

W wykazie tym podałem nawet lekkie zboczenia sprawy gojenia, a więc i takie, których wpływ na ostateczny wypadek jest żaden albo nieznaczny. Do takich można zaliczyć słusznie przypadki lekkiego zapalenia tęczówki, jako takie bowiem wykazałem tylko te, w których wśród łagodnych przypadów zadrażnienia naczyniowego i nerwowego, a pomyślnego zresztą przebiegu wytworzyła się jedna lub druga wązka przyczepina tylna. Z większém jeszcze prawem wykluczyć można z rzędu zboczeń sprawy gojenia krwotoki do komórki przodkowéj, albowiem nie zrządziły one prócz straty czasu ani razu żadnéj istotnéj szkody tak, iż je uważać można za zjawisko niemal równie niewinne jak prążkowate zaćmienie rogówki, pojawiające się prawie stale po operacyi Graefego, a niezaliczane wcale do zboczeń przebiegu.

Jeżeli tedy uwzględnimy tylko ciężkie i najcięższe zboczenia, które (jak krwotok do ciałka szklanego, silne zapalenie tęczówki, zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, w końcu zapalenie całéj gałki ocznéj) narażają istotnie na szwank lub udaremniają osiągnięcie pomyślnego wypadku operacyi, albo zgoła zagrażają oku zagładą, to wydarzyły się one w ogólności w 9·40% wszystkich przypadków, a mianowicie po operacyi prawidłowéj tylko w 5·95%, po operacyi wadliwéj zaś w 28%.

Uwzględniając z drugiéj strony tylko ważniejsze przygody przy operacyi, a więc zaliczając do prawidłowych te przypadki, w których przy operacyi zresztą nienagannéj zaszły tylko mniéj znaczne zboczenia, nie wywierające same przez się stanowczo szkodliwego wpływu na sprawę gojenia, jak odpłynięcie małéj ilości ciałka szklanego razem z soczewką lub już po jéj wystąpieniu (w 11 przypadkach) i powiększenie nożyczkami ranki nieco za małéj (w 2 przypadkach), okazują się zboczenia w gojeniu na 282 operacyj prawidłowych 16 razy, tj. tylko w 5·67%, po 37 zaś operacyjach wadliwych 14 razy, czyli w 37·84%.

Liczby te dowodzą jasno i dobitnie, jak ogromnym jest wpływ saméj operacyi na sprawę gojenia i jéj ostateczny wypadek. Nie przecząc wpływowi innych okoliczności, jak wiek chorego, stan jego zdrowia, okres rozwoju zaćmy itd. uważać je przecież należy za drugorzędne w porównaniu

z wykonaniem samejże operacyi, a to tém bardziéj, że nawet wpływ najważniejszego z tych czynników tj. okresu rozwoju zaćmy działa niemal tylko pośrednio, tj. o tyle, o ile utrudniając prawidłowe wykonanie operacyi staje się przyczyną cięższych tejże zboczeń.

Nie chcąc nużyć czytelnika dalszemi szczegółami co do sprawy gojenia przestanę na powyżéj przytoczonych, a podam za to ciekawsze spostrzeżenia odnoszące się do tego okresu.

Wspomniałem powyżéj mimochodem o krwotokach do komórki przodkowéj, wydarzających się dość często po operacyi Graefego, podczas gdy po wydobyciu płatowém były one zjawiskiem bardzo rzadkiém. Krwotoki te są najczęściéj skutkiem pęknięcia całéj lub jakiejś części ranki, a na dowód znajdujemy w takim razie komórkę przodkową albo co rzadziéj jeszcze wypróżnioną, albo, i to częściéj, znów przywróconą ale płytszą niż przed wystąpieniem krwotoku, oko miększe, rankę wydętą, częstokroć opadnięcie tęczówki, którego przedtém nie było, niekiedy wreszcie płat spojówkowy krwawo podbiegnięty. W innych o wiele rzadszych przypadkach nie znajdujemy jednak żadnéj z tych oznak pęknięcia ranki, a wtedy zachodzi wątpliwość czy ranka skleiła się już na nowo bez pozostawienia prócz krwi w komórce żadnego innego śladu poprzedniego pęknięcia, lub też czy krwotok powstał bez otworzenia się ranki. Że się to ostatnie wydarza przypuszczają inni, a ja miałem sposobność przekonać się naocznie w następującym przypadku.

G. G. 50-letniéj izraelitce wydobyłem w dniu 17 czerwca 1874 sposobem Graefego zaćmę przejrzałą z oka lewego zupełnie prawidłowo. Nazajutrz była ranka gładko zaciągnięta, komórka głęboka, źrenica czysta. Przebieg był zupełnie prawidłowym aż do 22 czerwca. W dniu tym znalazłem po zdjęciu opaski oko zaledwie różowe, rankę dobrze i gładko zagojoną, komórkę głęboką, źrenicę okrągłą, rozszerzoną przez atropin i czystą; w chwili jednak gdym zaczął uczniom pokazywać oko zwracając ich uwagę na ten piękny okaz prawidłowego przebiegu sprawy gojenia, spostrzegłem nagle cieniutką jak nitka strugę krwi, wydobywającą się z po za ranki z głębi oka i sączącą się środkiem sztucznéj szczeliny tęczówkowéj, a następnie rodziméj źrenicy na dno komórki przodkowéj, gdzie się w naszych oczach do wysokości około 3 mm. nagromadziła. Zdarzenie to pozostało bez żadnego szkodliwego wpływu na dalszy przebieg, a pacyjentka opuściła w dniu 9ym lipca klinikę z S $^{20}/_{50}$.

Powstanie krwotoku przy nieuszkodzonéj rance podchwyciliśmy w tym przypadku na gorącym uczynku, a zarazem przekonaliśmy się bezpośrednio i stanowczo, że krew nie pochodziła z tęczówki. Przypuszczenie, że jéj źródłem były wyrostki rzęskowe, nie miałoby żadnéj podstawy, gdyż cięcie nie sięgało tak daleko ku tyłowi, a silniejszy naważ do ciałka rzęskowego wykluczyć można na pewne w obec zupełnie prawidłowego przebiegu i braku choćby cokolwiek silniejszego nastrzykania rzęskowego. Pozostaje więc tylko splot żył Lebera, czyli tak zwana dawniéj zatoka Schlemma, którego nacięcie przy operacyi uważać trzeba za przyczynę krwotoku. W innych przypadkach znachodzimy pewne oznaki, które nas zmuszają poczytywać tęczówkę albo ciałko rzęskowe za źródło krwotoku; przypadek powyższy atoli dowodzi, że O. Becker (tamże tom V, str. 373) nie ma słuszności powątpiewając o tém, iż krew pochodzić może także i ze splotu żył Lebera.

Inne spostrzeżenie odnosi się do działania siarkanu ezerynu.

W dniu 27 grudnia 1876 operowałem oko prawe N. N. 60-letniego majstra kominiarskiego z Grybowa sposobem Graefego. Zaćma była mocno przejrzała, środkowa część torebki przodkowéj zaćmiona. Gdym w trzeciéj chwili operacyi zaćmioną część torebki za pomocą ostrego haczyka tęczówkowego wyrwać usiłował, udało mi się wyciągnąć soczewkę razem z całą nieuszkodzoną torebką, bez wypływu ciałka szklanego. Po tak szczęśliwie dokonanéj operacyi był też i przebieg prawdziwie wzorowym. Oglądając to oko w kilka dni późniéj przy oświetleniu ogniskowém spostrzegłem, że błona ciałka szklanego *(hyaloidea)*, rozgraniczająca ciecz wodną i ciałko szklane, była niezwykle wyraźnie widzialną, a to z powodu dość gęstego nalotu drobniuteczkich białych kropeczek, który jéj nadawał wejrzenie podobne do szkła, delikatnym pyłem przypadniętego. Właśnie wtenczas otrzymałem pracę A. Webera o działaniu leczniczém ezerynu, *(Uiber Calabar und seine therapeutische Verwendung von Dr. A. Weber. Archiv f. Ophthalmologie* T. XXII oddział IV), w któréj spotkałem się z nowém, a ówczesnym zapatrywaniom przeciwném twierdzeniem, że kalabar i jego przetwory obniżają ucisk w komórce przodkowéj, a podwyższają go w ciałku szklaném. Przypadek mój nadawał się doskonale do doświadczenia w téj mierze; jeżeli bowiem ezeryn podwyższa ucisk w przestworze ciałka szklanego a obniża go w komórce przodkowéj, powinna błonka ciałka szklanego rozpięta dotąd płasko w płaszczyźnie brzegu źrenicznego tęczówki wypuklić się mniéj lub więcéj ku przodowi, ustępując naporowi ciałka szklanego, zwiększonemu w skutku działania ezerynu. Tak się też istotnie stało. Po zapuszczeniu 1% roczczynu siarkanu ezerynowego wypukliła się błona szklista ku przodowi prawie tak mocno jak przodkowa powierzchnia soczewki i wtłoczyła się wyraźnie w przestwór źrenicy tak, iż wystawała znacznie przed płaszczyznę jéj brzegu w obręb komórki przodkowéj. Ta zmiana postaci i położenia była tak widoczną, iż przekonali się o niéj uczniowie, którym ją pokazywałem. Powtórne doświadczenie przedsięwzięte, gdy błona szklista napowrót się spłaszczyła, dało ten sam wypadek.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego.

O uwięzgnieniach wewnętrznych w skutek zwężenia jelit *(nodus intestinalis)* powstałych.

(Rzecz przedstawiona w Tow. lek. galic.)

Opisał Dr. **Longin Feigel**,

Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

I te przypadki, jak opisany, były do niedawna zupełnie nieznane, a W. Gruber *(Virchows Archiv f. path. Anat. Phys. u. kl. Med. Bd. 26.)* opisując w r. 1863 trzy przypadki zwężenia jelita biodrowego z zakrzywieniem esowatém, znalazł w całem piśmiennictwie jeden tylko podobny przypadek Parkera *(The Edinbourg med and. surgic. Journal 1845.)* opisany; drugi zaś przypadek, opisany późniéj przez Küttnera (w Petersburgu), znał tylko z widzenia naocznego. Od tego czasu opisał Gruber (l. c. *Oesterr. Zeitschrift f. prakt. Heilk.*

9 Jahrg. Nr. 40. 1863.) (w Petersburgu) 3 przyp., Küttner *(Arch. f. path. Anat. Phys. u. klin. Med. Bd. 43. 1868.)* 5 przypadków; następnie Gruber *(Oesterr. Zeitschrift f. prakt. Med. 14. 1868.)* 2 przypadki, a w r. 1869 jeszcze 1 przypadek *(Arch. für path. Anat. Physiol. u. klin. med. Bd. 48. 1869.)*, Heiberg *(ibid. Bd. 54. 1871.)* 1 przypadek, następnie Eppinger i inni, tak, że Leichtenstern *(Ziemssens Handb. Bd. 7.)* wykazuje ogólną liczbę podobnych do dziś znanych przypadków na 21. Zauważyć jednak wypada, że jeżeli w tę liczbę zaciągnięte zostały przypadki takie, jak Albersa, Realego, Levyego, to te, chociaż podobne, nie należą właściwie do zwężleń jelitowych.

Przypadki zwężlenia jelita biodrowego z pętlą esowatą nie są również wszystkie jednakie, przeciwnie znanych jest kilka odmian tychże zwężleń. Jak wiadomo, zakrzywienie esowate leży w zwykłych przypadkach w jamie miednicy małej, pokryte pętlami jelit cienkich; wyjątek jednak od téj reguły stanowią zakrzywienia esowate nadmiernie długie, takie bowiem zakrzywienia leżą w średniéj jamie brzusznéj i tworzą z trzema ramionami okrężnicy równoległy łuk jelitowy, i przykrywają swoją kreską wszystkie zwoje jelit cienkich (Küttner *Archiv f. path. Anat. Phys. u. klin. Med. Bd. 43.* S. 491.). Odpowiednio więc do ułożenia pierwotnego jelit splątanych z sobą i dalszego ułożenia takowych odróżnia Gruber (l. c. Bd. 48. S. 482.) dwa rodzaje węzłów jelitowych powstałych ze splątania jelita cienkiego z jelitem esowatém, a każdy nadto z dwiema odmianami. I tak:

I. rodzaj: W początku splątania leży szyja pętli biodrowéj przed szyją pętli esowatéj. Miejsc uwięzgniętych jest wtedy 4.

a) 1sza odmiana. Pętla esowata stanowi oś, około któréj pętla jelita biodrowego lub biodrowo-czczego śrubowato się zawija, mianowicie tak, że ostatnia przebiega około pierwszéj z początku z przodu od prawéj ku lewéj stronie, w końcu z tyłu i lewéj strony ku prawéj stronie. Szczyt pętli biodrowéj przeszedlszy przez utworzony skrzyżowaniem otwór, leży po prawéj stronie węzła (Przypadek Parkera).

b) 2ga odmiana, do któréj należy przypadek szósty Grubera z r. 1869 jakoteż nasz przypadek; pętla jelita biodrwego tworzy oś, około któréj mała wtórorzędna pętla jelita esowatego, lub całe zakrzywienie, jak w naszym przypadku, okręca się tak, że najpierw obchodzi takową od przodu, potém od tyłu i dołu, i przechodzi przez utworzony otwór w górę, ku prawéj stronie. Pętla biodrowa szczytem swoim leży po stronie lewéj węzła. Miejsc uciśniętych jest 4, z których 2 w jelicie biodrowém, 2 zaś w pętli zakrzywienia esowatego.

II. rodzaj: W początku utworzenia węzła szyja pętli biodrowéj leży z tyłu po za szyją pętli zakrzywienia esowatego. Miejsc uciśniętych bywa 4—5.

c) 3cia odmiana. Zakrzywienie esowate stanowi oś, około któréj zawija się śrubowato jelito biodrowe, a to w ten sposób, że takowe leży z początku z tyłu i od prawéj strony ku lewéj, następnie zaś przebiega z przodu od lewéj ku prawéj stronie. Przeszedlszy przez otwór w węźle jelito biodrowe leży po stronie jego lewéj. Miejsc uciśniętych jest 4, po 2 na każdéj pętli (Grubera 2 przyp., Küttnera 1 przypadek).

(Pomniejszych odmian znanych jest tu jeszcze 2, odpowiednio temu, czyli zakrzywienie esowate doznało okręcenia około połowy lub całéj swéj osi).

b) 4ta odmiana. Pętla biodrowo (-czcza) stanowi oś, około któréj okręca się pętla esowata w ten sposób, że występuje przed szyją pętli biodrowéj z przodu ku górze, przebiega potém ku tyłowi, przechodzi przez otwór znajdujący się przed tylną ścianą brzuszną ku prawéj stronie i układa się w wymienionym kierunku lub też występuje powtórnie ku górze i prawą stronę. Pętla biodrowa leży przeważną ilością swoich zwojów z lewéj strony, mniejszą częścią zwojów z prawéj strony węzła. Miejsc zaciśniętych jest 5, z których 3 na pętli biodrowéj, 2 w pętli esowatéj (Grubera 3 przypadki, Küttnera 4 przypadki).

(I w téj odmianie zachodzą pomniejsze odmiany, stosownie do sposobu uwięzgnienia jelit pętli biodrowéj i esowatéj.)

Z tych wszystkich, odmiana pierwsza z ułożeniem pętli biodrowéj na prawéj stronie i druga odmiana, z ułożeniem téj pętli po stronie lewéj, są najrzadsze, a ostatnia zdarza się w naszym przypadku dopiéro po raz wtóry. Częstsza jest odmiana 3cia z ułożeniem podobném pętli biodrowéj, najczęstszą zaś odmiana 4ta. Mechanizm wytworzenia się splątania jest dla każdego przypadku inny, a został dla naszego przypadku szczegółowo opisanym. Zauważyć i tu należy, że nie jest on zupełnie jednakim z przypadkiem przytoczonym Grubera, mimo, że sposób zwężlenia w obu przypadkach jest jednakim.

Najczęściéj napotkano pętlę jelita biodrowego lub biodrowo-czczego, jak i w naszym przypadku, bardzo długą; pętla zaś zakrzywienia esowatego bywała długą (65—78 cm.), lecz i krótką (28—31 cm.), a w jednym przypadku Grubera wynosiła tylko 9·7 cm., a przecież uwiązała węzeł. Z tego wynika zarazem, że długość pętli biodrowéj nie stoi w pewnym stosunku do długości pętli esowatéj, wynosi bowiem 1 : 1, 1 : 2, 1 : 5, 1 : 16, w przypadku Grubera podobnym do naszego 1 : 11, w naszym wreszcie przypadku 1 : 8·1.

W najczęstszych przypadkach znajdujemy równocześnie ze zwężleniem i okręcenie pojedyńczych części jelita około swéj osi, i to w 1 do 4 miejscach; w naszym przypadku okręcenie takie nastąpiło w 2 miejscach.

Siedziba węzła przypada we wszystkich przypadkach na okolicę 3go kręgu lędźwiowego aż do spojenia krzyżowo biodrowego lewego, w naszym przypadku na okolicę nad wyniosłością krzyżową.

W niektórych przypadkach węzeł był łatwym do rozplątania, w innych przypadkach zaś, jak w naszym rozwinięcie węzła możliwém było dopiéro po wypuszczeniu treści pętli zwężlonych.

Wszystkie dotychczas znane przypadki zwężlenia jelit cienkich z pętlą esowatą dotyczyły, podobnie, jakto przytoczyliśmy przy pierwszym przypadku, samych mężczyzn. Nasz przypadek byłby więc pierwszym znanym mi przypadkiem zwężlenia takiego u kobiety.

Przystępując do uwag ogólnych nad oboma naszemi przypadkami, przedewszystkiém zastanowić się musimy nad przyczynami wywołującemi takie zwężlenia. Takowe wedle Küttnera *(Virch. Archiv Bd. 43. S. 487.)* rozdzielić należy na przyczyny usposabiające i ostatecznie zwężlenie wywołujące. Jako pierwsze uderza przedewszystkiém podeszły wiek, jak w obu naszych przypadkach (53 i 66 lat) i połączona z tém wiotkość skóry i mięśni brzusznych, brak tłuszczu w kreskach i w sieci, a więc stosunkowo obszerna jama brzuszna, która dozwala jelitom wykonywać rozległe ruchy. Splątanie jelit musiałoby wprawdzie, jakto słusznie Küttner zauważa, zdarzać się daleko częściéj, gdyby tylko te warunki były wy-

starczające, a z drugiéj strony zdarzały się w przypadkach Grubera splątania takie u osób silnych, młodych (24 lat) z dobrze wykształconą podściółką tłuszczową, jednakowoż splątania takie zdaniem jego łatwiéj powstaną, jeżeli obok innych warunków anatomicznych, objętość jamy brzusznéj będzie większą, a ruchy jelit swobodniejsze, jakto przy obfitéj zresztą podściółce tłuszczowéj miało miejsce w naszym 2gim przypadku.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O zmianach anatomicznych układu nerwowego w porażeniach difterytycznych. (Sprawozdanie z pracy J. Dejerina w *Archives de physiologie normale et pathologique; Mars-Avril 1878.*). Podał Dr. Stanisław Ponikło.

Dzięki badaniom drobnowidowym najnowszych czasów przy pomocy udoskonalonéj techniki histologicznéj coraz szczuplejszą staje się liczba chorób układu nerwowego zwanych funkcyjonalnemi, tj. takich, w których wprawdzie domyślamy się pewnych zmian anatomicznych bądź w ośrodkach nerwowych bądź w częściach obwodowych układu nerwowego, lecz takowych wykazać nie możemy. Że stosunkowo tak długo musieliśmy czekać na wyjaśnienie tych cierpień ściśle oznaczonemi zmianami chorobowemi układu nerwowego, tłumaczy dostatecznie trudność techniczna badania narządów tak skomplikowanych jak części układu nerwowego. Z tém większém zadowoleniem jednak witać winniśmy wszelką pracę rzetelną z dziedziny drobnéj anatomii chorobowéj układu nerwowego, nauki do niedawna pogrążonéj w ciemności, ale obecnie zdążającéj śmiałemi kroki do zajęcia miejsca równorzędnego z innemi działami obszernego zakresu anatomii patologicznéj. Cennym przyczynkiem w tym kierunku jest bezsprzecznie praca uskuteczniona przez Dejerina w pracowni patologii doświadczalnéj i porównawczéj w Paryżu.

Porażenia mięśniowe pojawiające się już to w przebiegu błoniawy, już to wśród wyzdrowin z tego cierpienia, tak dobrze znane pod względem klinicznym, nie były do niedawna badane pod względem anatomicznym i zostały bezwzględnie wliczone w szereg chorób nerwowych funkcyjonalnych *sine materia.* Dopiero w r. 1862 Charcot i Vulpian *(Compte-rendu de la Société de biol. 1862.)* ogłosili byli jeden przypadek porażenia difterytycznego podniebienia miękkiego, w którym zdołali wykazać zmiany chorobowe nerwów podniebiennych, polegające przeważnie na przeistoczeniu poszczególnych włókien nerwowych na rozpadową masę złożoną z drobnych ziarnek tłuszczowych, zmiany zupełnie podobne do tych, jakie zawsze napotykamy w części obwodowéj nerwów przeciętych przy rękoczynach chirurgicznych. Zmiany podobne stwierdzili następnie Lorain i Lépine *(Art. Diphthérie. Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques 1869.)* w jednym przypadku.

Bühl *(Einiges über Diphtherie. Zeitschrift für Biologie 1867.)* i Oertel *(Deutsches Archiv für klin. Med. VIII. 1871.)* uważali w istocie mózgowéj drobne wybroczyny z obwodowém rozmiękczeniem tudzież znaczne obrzmienie korzeni przednich i tylnych rdzenia pacierzowego wywołane naciekiem komórkowym tkanki łącznéj śródnerwowéj.

Leyden *(Über Diphtherie in Virchow's Archiv. B. 56. 1872.)* stwierdził przy badaniu pośmiertném zmiany, które ocenił jako zapalenie nerwu „wędrujące“ *(neuritis migrans)* mogące postępować od obwodu aż do ośrodków nerwowych.

Vulpian *(Maladies du système nerveux, leçons faites à la faculté 1876 par le Dr. Bourceret.)* znalazł w jednym z dwu przypadków porażenia difterytycznego przez siebie badanych rozrzedzenie tkanki łącznéj części zewnętrznéj i tylnéj przednich rogów istoty szaréj rdzenia pacierzowego, tudzież zmianę dość wybitną komórek zwojowych, które były kształtu prawie regularnie kolistego o treści jednostajniejszéj i jądrze niewydatném; nadto wydały mu się wypustki komórek mniéj licznemi niż w stanie prawidłowym.

Rozrzucone te spostrzeżenia jednak ograniczające się do bardzo nielicznych przypadków nie wykazały szeregu zmian cechujących porażenia difterytyczne; zresztą dotyczyły tylko pojedynczych części układu nerwowego. Dejerine badał szczegółowo w 5ciu przypadkach zarówno nerwy obwodowe części porażonych, korzenie rdzenia pacierzowego, jak i samąż istotę rdzenia pacierzowego. Udało mu się wykazać w swych badaniach zmiany chorobowe wspólne wszystkim przypadkom badanym; nadto okazało się, że stopień zmian stoi w prostym stosunku do natężenia porażenia tudzież czasu trwania cierpienia.

W korzeniach przednich rdzenia pacierzowego znalazł Dejerine we wszystkich 5ciu przypadkach pewną ilość włókien nerwowych zmienionych w sposób wybitny; włókna te przedstawiały wysoki stopień zaniku; niektóre miały wygląd paciorkowaty, pochodzący z rozpadu rdzennika na kropelki tłuszczu, które będąc nagromadzone w znacznéj ilości w pewnych punktach osłonki nerwowéj wypukłały ją w tych miejscach; włókna osiowe tychże także były niewidoczne a jąderka osłonki daleko liczniejsze niż w stanie prawidłowym; pomiędzy złogami rdzennika rozpadłego można było udowodnić obecność, istoty zabarwiającéj się żółto pod wpływem pikrokarminu, istoty, która się pojawia we wnętrzu włókien nerwowych odciętych w jakikolwiek sposób od ośrodków; uważa ją Dejerine za wzmożenie się znaczne pierwoszczy napotykanéj w stanie fizyjologicznym pomiędzy osłonką nerwową a rdzennikiem.

W niektórych włóknach nerwowych mniéj zmienionych można było widzieć jeszcze włókna osiowe; znaczna część włókien była zupełnie zdrową.

Tkanka łączna śródnerwowa przedstawiała również ślady zadrażnienia; jąderka tejże były liczniéj nagromadzone, prócz tego zawierała znaczną ilość ciałek ziarnistych w sąsiedztwie włókien nerwowych chorobowo zmienionych.

Włókna nerwowe nerwów odnóg porażonych przedstawiały zmiany zupełnie równorzędne zmianom korzeni nerwów pacierzowych wyżéj opisanych.

Przy badaniu rogów przednich rdzenia pacierzowego uderzyła Dejerina skąpa ilość komórek zwojowych w poszczególnych gromadkach komórek napotkanych w istocie szaréj rogów przednich i znacznie zmniejszona ilość wypustek, które w stanie prawidłowym przerzynają we wszystkich kierunkach istotę szarą rogów. Pojedyncze komórki zwojowe były zmniejszone, a jakby zdążając do przybrania kształtu kolistego; wypustki w znacznéj części poznikały, pierwoszcza komórek była jednostajną, jądro niewyraźne. Tkanka łączna śródkomórkowa przedstawiała ślady zadrażnienia, ilość jąderek tejże znacznie zwiększona. Zmiana ta najwybitniéj występowała obok kanału środkowego *(myélite périependymaire).* Tu i owdzie można było spostrzedz śród komórek zwojowych ogniska nagromadzonych komórek okrą-

głych o średnicy 0.m001 do 0.m002. Ogniska te badane pod znaczniejszém powiększeniem okazały się jako gromadki tworów komórkowych okrągłych lub wrzecionowatych, rozmiarów ciałek białych krwi, zabarwiające się chciwie karminem.

W rogach tylnych rdzenia pacierzowego żadnych zmian chorobowych nie napotkano.

Naczynia włosowate istoty szaréj były zmienione wyraźnie, okazując różne okresy nawału krwawego od zwykłego przekrwienia i rozszerzenia aż do tworzenia wybroczyn.

Zmiany rdzenia pacierzowego opisane powyżéj znachodziły się w przypadkach porażenia wyłącznego odnóg górnych tylko w górnéj części rdzenia pacierzowego, w przypadkach zaś porażenia ogólnego wzdłuż całéj długości rdzenia.

(Dokończenie nastąpi.)

Dr. Klein: O zmianach kiłowych nagłośni.

Przypady: Zmiany kiłowe dotykają nagłośni w 3—6 lat po zmianach pierwotnych i występują bez bólu. Zmiany przedmiotowe są różne; jeżeli przebieg zapalenia jest ostry, zauważyć można zaczerwienienie, obrzmienie i powierzchowne owrzodzenia; w przypadkach zapalenia przewlekłego występuje naciek w błonie podśluzowéj i to w całym jéj obszarze lub w jéj części pod postacią obrzęku lub ropnia. Naciek zajmujący cały obszar błony podśluzowéj sprowadza z czasem zwężenie wejścia do krtani. Wrzody kiłowe albo są następstwem nacieków, albo téż od razu we właściwéj sobie postaci pojawiają się na brzegach nagłośni sprowadzając czasem całkowite jéj zniszczenie. W obrębie wrzodów pojawiają się wybujałości ziarninowate.

Sprawa chorobowa kończy się wyleczeniem lub wytworzeniem się zwężenia, przyczém postać nagłośni staje się rozmaitą stósownie do stopnia owrzodzeń, granulacyj i zbliznowaceń. Zmiany kiłowe nagłośni najczęściéj zdarzają się u kobiet.

Rozpoznanie zawisło od całego obrazu chorobowego, a leczenie zasadza się na przyżeganiu kamieniem piekielnym, w razie zaś zwężenia rozszerzanie oddaje znakomite usługi. Wewnętrznie podaje się sublimat i jodek potasu. *(Wiener med. Wochensch. 1878, 16.)* *Obt.*

Isambert: Leczenie zapalenia krtaniowego na tle kiłowém

Cierpienie kiłowe leczy się zwykłemi środkami zachwalanemi z powodu ich skuteczności w przypadkach kiły a więc podaje się jodek rtęciowy *(Protojodur. Hydrarg.* 3 razy dnia po 0,015—0,02) lub sublimat wewnętrznie. Po okresie wtórorzędnym jodek potasu. W przypadkach uporczywych leczenie kombinowane ze środkami stężającemi, jak z żelazem, chininem. Przeciw cierpieniu miejscowemu: przedewszystkiém dyjeta odpowiednia, *alcoholica.* Należy unikać przeziębienia się W okresie przekrwienia i nadżerków powierzchownych zaleca się wdmuchiwanie kwasu garbnikowego, ałunu, azotanu srebrowego, a jeszcze lepiéj rozpylanie *(spray)* kwasu karbolowego, ałunu, siarkanu zynkowego. W okresie owrzodzeń należy pędzlować nalewką jodową, roztworem azotanu srebrowego lub siarkanu miedziowego (1:30), ałunu (1:15), siarkanu zynkowego (1:100) najlepiéj z dodatkiem gliceryny lub téż dotykać się ich laseczką kamienia piekielnego albo siarkanu miedziowego; dobre również usługi oddaje kwas chromowy (1:8). W okresie nekrozy (chrząstek nalewkowych) powstrzymuje zazwyczaj galwanokauter postępy cierpienia. Jeżeli trudności w oddychaniu wzmagają się z powodu mocnego obrzmienia, zaleca J. zgęszczony roztwór kwasu chromowego (1:3), który sprowadza ściąganie się tkanin i ułatwia przystęp powietrza (w 2ch przypadkach wyleczenie), w razie przeciwnym należy dokonać cięcia krtaniowego. Wskazania do téj operacyi są następujące: wysoki stopień obrzęku zapalnego, ropnie, oddzielanie się martwinowe chrząstek, wybujałości, kilaki. *(Wiener med. W. 1878, 16).* *Obt.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne VIII z dnia 3go kwietnia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Obtułowicz odczytał rzecz o wstrzykiwaniach podskórnych celem leczenia kiły. (Będzie umieszczoną w Przegl. Lek.) Kol. Warschauer oświadczył, że leczenie kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań odpowiednich leków nie utrzyma się w terapii, gdyż rezultaty tego leczenia nie okazują się lepszemi od wyników leczenia dawnego, a jeżeli powroty choroby w niektórych przypadkach nie tak często występują, zależy to raczéj od przyrody choroby saméj, ogólnie bowiem przypuszczają dwie formy kiły, uleczną, łagodną i nieuleczną złośliwą; drugą słabą stroną jest wysoka cena leków używanych ku temu celowi, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że podskórne wstrzykiwania mniéj wymagają zachodu i nie przeszkadzają pacyjentom w zajęciu codzienném. Kol. Obtułowicz przyznaje słuszność uwadze co do ceny leków, mimo to jednak są koszta leczenia za pomocą wstrzykiwań znacznie mniejsze, aniżeli przy wcieraniach maści rtęciowéj, jeżeli się uwzględni, że do przeprowadzenia całéj kuracyi nie potrzeba nigdy nad 0·35 grm., a z drugiéj strony uwzględni się nakład na pranie bielizny, niszczenie jéj i t. d. W łagodnych formach kiły możnaby wprawdzie zastąpić wstrzykiwania zadawaniem pigułek jodortęciowych, nie zawsze jest to wszakże możliwém ze względu na stan przewodu pokarmowego; i w tych właśnie przypadkach oddają wstrzykiwania wielką przysługę, gdyż równocześnie można wzmacniać ustrój chorego przez podawanie odpowiednich leków. Ważne są wstrzykiwania w praktyce prywatnéj, gdzie nieraz wprost niemożliwą jest rzeczą leczenie za pomocą wcierań. Na klinice prof. Rosnera są wcierania w ciągu 2 lat ostatnich rzadkością. Kol. Lutostański stwierdza, że skład peptonów używanych do wstrzykiwań nie jest stałym, każdy bowiem ma inne przymioty chemiczne; dopóki nie będzie stałego składu chemicznego, dopóty nie będzie żadnéj pewności; ważną byłoby rzeczą zwrócić także uwagę na chyżość chłonienia tych leków przy wstrzykiwaniach. Kol. O. powiada, że skład peptonów jest wprawdzie ważnym, więcéj jednak dla chemii, niżeli dla celów praktycznych, przy tworzeniu peptonów rozchodziło się Bambergerowi tylko o złagodzenie wpływu sublimatu na ustrój. Jako miarę chyżości chłonienia uważa prelegent szybkość pojawienia się rtęci w moczu; przed $1\frac{1}{2}$ r. ogłosił prelegent swą pracę, w któréj na podstawie doświadczeń w pracowni prof. Stopczańskiego wykazał, że można wykazać rtęć w moczu już po 4 wstrzykiwaniach po 0.01 grm. Sigmund podaje, że już po 2 wstrzykiwaniach białkanu rtęci można wykryć rtęć w moczu za pomocą sposobu Ludwiga. Prelegent pracuje obecnie nad wynalezieniem prostéj metody wykrywania rtęci sposobem klinicznym bez niszczenia moczu. W kwestyi dostawania się rtęci do różnych wydzielin ustroju wspomina, że rtęć nie dostaje się wcale do mléka kobiet karmiących. Klink z Warszawy twierdzi wprawdzie *(Vierteljahrschrift f. Dermat)* że udało mu się wykryć rtęć w mléku kobiety leczonéj tym przetworem, za pomocą stosu galwanicznego; jest to jednak jedyne spostrzeżenie w literaturze. Inni badacze albo wprost przeczą,

albo milczeniem pomijają tę sprawę. Odnośny przypadek wydarzył się prelegentowi w ciągu bieżącego roku. Do kliniki prof. Rosnera przybyła wieśniaczka z objawami kiły wtórorzędnéj, z dziecięciem dotkniętém kiłą wrodzoną. Dziecię, leczone za pomocą wstrzykiwań i kąpieli sublimatowych, zmarło z powodu zapalenia płuc; matkę leczono nacieraniami szaruchy. Mleko téj kobiety było badane przez prof. Stopczańskiego, nie wykryto jednak ani śladu rtęci. Kol. Zarewicz podnosi słuszność uwagi kol. Warschauera, że ze względu na rokowanie, wypada koniecznie odróżnić kiłę łagodną, uleczalną, od kiły złośliwéj, która mimo najlepszego zachowania się ze strony chorego i jak najtroskliwszéj opieki lekarskiéj zagraża choremu kalectwem albo śmiercią. Za daleko zaprowadziłoby wyliczanie okoliczności, wśród których kiła stać się może złośliwą, lub które niekorzystnie wpływają na przebieg choroby. Przeszedłszy w myśli niektóre sposoby leczenia dotychczas przeciw kile zachwalane, jak np. leczenie za pomocą rtęci, jodu, hydropatyczne, albo rozgłośny w Norwegii sposób leczenia za pomocą syfilizacyi, lub wreszcie leczenie czysto dyjetetyczno-higijeniczne, a zważywszy następnie owe świetne przez zwolenników tego lub owego sposobu leczenia wychwalane wyniki, przychodzimy mimo woli do przekonania, że dotychczas nie posiadamy jeszcze środka leczącego gruntownie kiłę, albo co najmniéj, że nie tylko rtęć sama kiłę leczy. Faktom trudno przeczyć; rtęć usuwa zmiany, lecz nie zapobiega powrotom choroby. Dlatego zdaniem kol. Zar. nie należy w leczeniu kiły główną i wyłączną kłaść wagę na zadawanie rtęci, jak to po dziś dzień niestety często spostrzegać się daje, gdzie bez względu na przyszłość chorego, byle tylko jak najprędzéj usunąć istniejące zmiany, podaje się rtęć, lecz przestrzegać przeważnie należy zachowania się dyjetetyczno-higijenicznego, poprawiać ogólne odżywianie chorego, lub wreszcie znosić równoczesne cierpienia, a tam dopiero, gdzie zachodzi rzeczywista potrzeba, podawać rtęć w odpowiedniéj ilości i formie. W ten sposób postępując można choremu zapewnić spokojną przyszłość. Przystępując do właściwego tematu odczytu prelegenta namienia, że w pracach o wstrzykiwaniu podskórném celem leczenia kiły, ogłoszonych po Lewinie, w żadnéj niemógł dopatrzeć się owéj gruntowności i i ścisłości, jaką odznacza się praca Lewina. L. zależało głównie, pominąwszy inne względy, jak np. dokładność dawki leku wprowadzonego do ustroju, na wykazaniu czy i o ile zapobiegają wstrzykiwania podskórne powrotom chorobowym. Prof. Lewin wykazał, że recydywy występują bez względu na to, czy chory był leczony metodą podskórną lub nie, taka jednak zachodzi różnica, że gdy przy zwykłém leczeniu procent recydyw wynosi 80—90%, które w przeważnéj ilości przypadają na pierwsze lata po infekcyi, to natomiast po wstrzykiwaniach podskórnych zmniejszał on się do 45%; co, gdyby w ogóle odsetkowe liczby recydyw u syfilitycznych mogły być z wszelką ścisłością obliczane, należałoby uważać za nader korzystny wypadek leczenia. W późniejszych doświadczeniach dostrzega się pewnego uganiania się za nowemi przetworami rtęciowemi, przeważa wzgląd na bolesność w miejscu wstrzyknięcia, i na szybkość usuwania zmian syfilitycznych. Wątpić nie można, że każdy preparat rtęciowy usunie istniejące zmiany kiłowe, ale wątpić należy, czy w każdym przypadku choroby téj zależy na szybkości usuwania zmian chorobowych. Prelegent wspominał w odczycie swoim, iż wstrzykiwania podskórne białkanu rtęciowego nie zasługują na uwzględnienie z powodu, iż białkan rtęciowy jest preparatem niestałym, iż wywołuje ból w miejscu wstrzyknięcia, a w końcu, iż zauważał, że i w czasie leczenia występowały formy kiły, które były cięższe od poprzednich, dodał jednakowoż, iż procent recydyw po wstrzykiwaniach podskórnych białkanu rtęciowego wynosił 20%. Okoliczność ta, iż procent otrzymany jest tak małym, wystarczyć powinna sama przez się, by białkan rtęciowy zyskał prawo pierwszeństwa przed wszelkiemi innemi przetworami, nawet wtedy, gdyby bolesność była znaczniejsza, procent bowiem otrzymany byłby najkorzystniejszy, jaki dotąd otrzymać zdołano. Zdaje się jednak, że procent ten jest większym, niż go prelegent obliczył. Co do własnych doświadczeń kol. Zar., procent obliczany dorównywa niemal procentowi otrzymanemu po zadawaniu rtęci inną drogą, dlatego téż na jego oddziale rzadko bywają stósowane wstrzykiwania podskórne, a natomiast wewnętrzne leczenie i wcierania zyskują coraz więcéj zaufania w tych przypadkach, w których rtęć jest wskazaną; z tego nigdy nie wynika, by wstrzykiwania podskórne rtęci nie miały swego wskazania, mogą bowiem z korzyścią znaleść zastósowanie w przypadkach, w których cierpienia przewodu pokarmowego, albo rozległe cierpienia skóry sprzeciwiają się podawaniu rtęci wewnętrznie, albo przez skórę. Ilość wstrzykiwań w przypadkach leczonych doprowadzał kol. Zar. do 30 bez względu na to, iż zmiany kiłowe daleko wcześniéj ustępowały. Streszczając zapatrywania swoje co do sposobu leczenia kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań wyznaje, że nie widzi dotąd żadnéj znakomitéj ich wyższości nad sposobami dotąd używanemi, w każdym jednak razie wydarzyć się mogą przypadki, w których metoda wstrzykiwań może mieć korzystne zastósowanie. Kol. Warschauer sądzi, że lecząc kiłę za pomocą wstrzykiwań potrzeba zachowywać wszelką ostrożność, ażeby choremu z łagodniejszą formą nie wszczepić formy złośliwéj. Kol. Zarewicz wyliczając sposoby leczenia kiły nie wspominał o leczeniu za pomocą soli obopólnych. Kol. Obtułowicz oświadcza, że zadaniem jego pracy nie była krytyka różnych systemów i teoryj walczących o lepsze na polu syfilodologii, ale chęć zapoznania kolegów ze środkami zachwalanemi za granicą, i przedstawienie przedmiotowe zalet i wad poszczególnych środków. O statystykę chodzić nie mogło w obec szczupłéj liczby chorych i krótkiego czasu obserwacyi; wszakże nawet statystyka Lewina, rozporządzającego olbrzymim materyjałem Berlina, uległa krytyce Auspitza, który jéj odmawia podstawy umiejętnéj. Na uwagę kol. W. co do zachowania ostrożności przy wstrzykiwaniach, odpowiada, że wkłówając igłę głęboko, ale z należytą ostrożnością, ażeby nie wystąpiło broczenie, nie potrzeba obawiać się przezto przeniesienia zarazka z jednéj osoby na drugą, tém mniéj, jeżeli zaraz potém przestrzyknie się strzykawkę kwasem karbolowym.

3) Kol. Trauczyński przedstawił kilka preparatów farmaceutycznych własnego wyrobu, tak np. kapsułki z galarety z olejkami, wino chinowe itd. Kol. Lutostański wnosi wznowienie dawnéj komisyi, która miała za zadanie popierać rozpowszechnianie wyrobów krajowych, szczególnie aptekarskich. Na wniosek przewodniczącego wybrano: koll. Gralewskiego, Kwaśnickiego, Lutostańskiego, Ściborowskiego i Trauczyńskiego. *Dr. Wurst.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 2 maja. Jeszcze d. 10 grudnia r. z. Namiestnictwo poleciło Zarządowi kolei żelaznéj otworzenie szpitala tyfusowego dla służby kolejnéj w Podwołoczyskach. Zarząd przedstawił Protomedykowi stósowną lokalność a następnie doniósł Namiestnictwu, że szpital jest otwarty, ale do dziś dnia ani jednego chorego w szpitalu tym nie umieścił. W skutek tego niektórzy chorzy zmuszeni byli szukać schronienia we wsiach pobliskich, gdzie rodzina ich mieszka, i zawlekli tam zarazę, inni udali się do szpitala tarnopolskiego, innym wreszcie chorym Zarząd udzielił biletów wolnéj jazdy do miejsc odleglejszych, pomimo, że Namiestnictwo zakazało przewozić tyfusowych koleją, a tylko w wyjątkowych, uwzględnienia godnych przypadkach, zezwoliło na przewożenie takich chorych w osobnym wagonie 3iéj klasy i to tylko pod warunkiem, aby wagon pozostał na stacyi, gdzie chory wysiada i tamże zaraz uległ desinfekcyi. Mimo to wszystko kolej przewozi tyfusowych, a do samego Tarnopola przybyło z Podwołoczysk 12 chorych. Smutna to rzecz, jeżeli rozporządzenia u nas zawsze mają pozostać na piśmie i wypadałoby zaprawdę, aby Władza przypominała potrzebę stósowania się ścisłego do rozporządzeń nietylko jednostkom ale i Zarządowi kolei.

* Dowiadujemy się, że Dr. Jan Filewicz, praktykujący w Kolbuszowie, który zaraziwszy się u chorych zapadł był ciężko na dur osutkowy i zapalenie płuc, obecnie już ma się lepiéj i zaczyna przychodzić do siebie.

* Ciekawy przyczynek do historyi odkrycia obiegu krwi przez Harveya ogłosił prof. Ritter w Pradze czeskiéj (w Nr. 17 *Prager med. Woch.* z rb.) W zbiorze poezyj łacińskich, który wyszedł w Oksfordzie w r. 1699 p. t. *Musarum anglicanarum Analecta,*" znajduje się poemat napisany przez teologa anglikańskiego Roberta Grove'go p. t. „*Carmen*

de sanguinis circuitu a Guilielmo Harvaeo, Anglo primum invento," który w 493 wierszach opisuje wiwisekcyję uskutecznioną na suce zwanéj Lycisca celem demonstrowania słuchaczom umyślnie zaproszonym obiegu krwi. Niektóre ustępy poematu podaje Ritter w tłumaczeniu niemieckiém i to w heksametrze wcale dobrym. Poemat dydaktyczny żywo przedstawia przygotowania do operacyi, rękoczyn sam. oraz wszystkie szczegóły anatomiczne, i to na podstawie wiedzy Harveyowskiéj. Ritter domyśla się, że wykład ten odbył się w czasie, gdy Harvey towarzysząc jako lekarz przyboczny uciekającemu królowi Karolowi I., bawił przez czas dłuższy w Oksfordzie. Ciekawém jest zjawiskiem, że autor podnoszący pod niebiosa zasługi Harveya a pocieszający emfatycznie sukę, że w zamian za katusze, które cierpi, imię będzie miała nieśmiertelne, jest teologiem, z czego wynika, że przed 200 laty inne miano w Anglii wyobrażenie o wiwisekcyjach, aniżeli obecnie.

D. 1 kwietnia rb. upłynęło lat 300 od dnia urodzenia się Harveya. Dnia tego nie obchodzono uroczyście w ojczyźnie wielkiego fizyjologa, co pochodzi ztąd, że anglicy rok rocznie święcą urodziny jego wykładami w król. kolegijum lekarzy, t. zw. „*Harveian lectures.*" Zwyczaj ten atoli polega na legacie 56 funtów kawy, które Harvey przekazał towarzystwu temu wraz z życzeniem, aby raz w rok zebrało się przy tym ulubionym jego napoju i odbyło wykłady!

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 16 (od 14 do 20 kwietnia włącznie) umarło w Krakowie osób 48; 21 mężczyzn i 27 kobiet; 27 osób w obwodach i 21 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 44,6; we Lwowie 33,1; w Warszawie 40,1; w Poznaniu 35,0; w Wiedniu 37,3; w Budapeszcie 41,8; w Pradze 45,4; w Tryjeście 33,6; w Bazylei 41,9; w Brukseli 27,8; w Paryżu 27,2; w Londynie 22,9; w Kopenhadze 26,7; w Chrystyjanii 19,9; w Petersburgu 65,2; w Wenecyi 31,9; w Bukareszcie 38,3; w Berlinie 30,1; w Królewcu 47,1; w Monachijum 34,4; w Augsburgu 40,5; w Würzburgu 45,9; w Lipsku 28,8; w Dreznie 30,1. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 5, mianowicie: 5 osób z duru powrotnego, a z chorób płuc osób 20.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Gussenbauer w Leodyjum (b. asystent Billrotha) zamianowany profesorem i przełożonym 2iéj kliniki chirurgicznéj w Pradze czeskiéj. — Prof. Lumniczer w Budapeszcie otrzymał tytuł radzcy król. — Docent prywatny i przełożony oddziału w zakładzie fizyjologicznym w Berlinie Dr. Baumann otrzymał tytuł profesora. — Docenci prywatni Drowie Sommerbrodt i Berger w Wrocławiu zamianowani proff. nadzw. — Dr. Matterstock habilitował się jako docent na wydziale lek. w Würzburgu. — Prof. anatomii w Królewcu (dawniéj w Dorpacie) Dr. Kupffer powołany został do Amsterdamu.

* W armii austryjackiéj zamianowani zostali lekarzami pułkowymi lekarze starsi Drowie: Jan Kaczkowski w 9tym, Filip Rogoziński w 53 pułku piechoty, Paweł Myrdacz w szpitalu garnizon. w Wiedniu.

* **Nekrologia**. Dr. Wład. Malinowski zmarł w 27 roku życia w Mańkówce Kijowskiéj na dur wysypkowy, zaraziwszy się lecząc jeńców tureckich. *(Gaz. Lek.)*

Wiadomość o kąpielach w Jastrzembiu na Górnym Szląsku. Źródło jastrzembskie zawdzięcza wartość swoją z jednéj strony wielkiéj ilości jodu, która to większą jest o połowę od ilości jodu źródła w Kreuznach, z drugiéj zaś strony pomyślnemu stosunkowi, z jakim ilość jodu i bromu do innych soli pozostaje. Źródła tego używać mogą chorzy najrozmaitszego wieku tak do picia jak i do kąpania bez wszelkich dodatków, tak jak w Kreuznach. Choroby, które w kąpielach jastrzębskich z jak najpomyślniejszym rezultatem leczą się, a które to rezultaty przez najsławniejszych berlińskich i wrocławskich lekarzy są stwierdzone, są następujące: 1) Chroniczne nabrzmienie macicy. 2) Wszelkie nieprawidłowości miesiączki. 3) Białe upławy, których przyczyną zołzy lub chroniczne zapalenie błony macicznéj lub pochwy. 4) Włókniaki maciczne. 5) Chroniczne zapalenie jajników i równoczesne powiększenie się tychże. 6) Wszelkie choroby gruczołów piersiowych. 7) Wszelkie zwiększenia się i choroby gruczołów we wszystkich częściach ciała. 8) Próchnienie i martwienie kości. 9) Kiła i w najwięcéj zastarzałych przypadkach. 10) Wiele chorób skórnych. 11) Gościec i wszelkie udary. 12) Skrofuliczne zapalenia ócz i uszu.

Podróżni, którzy z Pesztu, Wiednia i Pragi przyjeżdżają, najlepiéj czynią, jeżeli posługują się koleją północną Ces. Ferdynanda przez „Oderberg" do „Petrowic," która to stacyja tylko $^3/_4$ mili jest oddaloną od Jastrzembia. Podróżnym z Polski poleca się koléj warszawską przez Katowice, Rybniki, ze Lwowa przez Kraków, Oświęcim do Petrowic. Z Rybnik chodzi codziennie poczta, a prócz niéj każdéj chwili są konie prywatne do dyspozycyi. Pomieszkań w Jastrzembiu jest bardzo dużo. Sześćset pokoi jest gotowych na przyjęcie gości; najlepiéj jednak jest przed przybyciem do Jastrzembia zamówić sobie przez zarząd tak konie jak i pomieszkanie. Na wszelkie zresztą zapytania daje jak najchętniéj odwrotną odpowiedź dyrygujący lekarz

Dr. Weissenberg.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w Jenie: Życzenie szan. Kolegi co do korespondencyi doszło nas za późno; odbitki z rozprawki w numerze niniejszym drukowanéj otrzymasz kolega w ciągu przyszłego tygodnia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.